FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 67

DU PANSEMENT DES PLAIES

A L'AIDE

DES SOLUTIONS HYDRARGYRIQUES

ET EN PARTICULIER CELLES DE BI-IODURE DE MERCURE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29 JUIN 1888

PAR

Paul-André-Joseph MALESPINE

AIDE-MÉDECIN DE LA MARINE

Né à Toulon (Var), le 10 décembre 1862.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MORACHE,	professeur,	*président.*
DEMONS,	professeur,	*juges.*
POUSSON,	agrégé,	
DENUCÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1888

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 67

DU PANSEMENT DES PLAIES

A L'AIDE

DES SOLUTIONS HYDRARGYRIQUES

ET EN PARTICULIER CELLES DE BI-IODURE DE MERCURE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29 JUIN 1888

PAR

Paul-André-Joseph MALESPINE

AIDE-MÉDECIN DE LA MARINE

Né à Toulon (Var), le 10 décembre 1862.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	MORACHE,	professeur,	*président.*
	DEMONS,	professeur,	*juges.*
	POUSSON,	agrégé,	
	DENUCÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
MICÉ..... }

Anatomie	MM. BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. / PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. / LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. / RONDOT. / ARTIGALAS. / MOUSSOUS. / DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. / PIECHAUD. / LAGRANGE. / POUSSON. / DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCESANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. { MM. PLANTEAU. / FERRÉ. } | Histoire naturelle..... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIE.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clin. méd. des enfants.	MM. NÉGRIÉ.	Maladies vénériennes....	MM. VENOT.
Clin. chir. des enfants.	PIÉCHAUD	Maladies mentales.....	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE ET DE MA SŒUR

A MON PÈRE ET A MA SŒUR

A MA MÈRE ADOPTIVE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR MORACHE

Directeur du Service de santé du 18e Corps d'armée, Professeur de Médecine légale, Officier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction publique.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BÉRENGER-FÉRAUD

Directeur du Service de santé de la Marine, Officier de la Légion d'honneur, Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

A MES MAITRES

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549603_0028

INTRODUCTION

S'il est une question sur laquelle on soit aujourd'hui unanimement d'accord en chirurgie, c'est bien certainement celle qui a trait à la thérapeutique des plaies.

Les nouvelles découvertes en microbiologie et les travaux remarquables de Pasteur, Duclaux, Miquel ont jeté un jour si nouveau sur l'étiologie des accidents septicémiques des plaies et surtout sur la résistance des protorganismes pathogènes que les procédés et les traitements ont dû être modifiés de façon à devenir l'application rigoureuse des théories admises aujourd'hui et d'ailleurs expérimentalement démontrées.

Certainement, il n'est pas un chirurgien qui n'ait, bien des fois, dirigé son attention sur la question si grave qui nous occupe, ne fût-ce que pour faire un choix raisonné entre des moyens divers, parfois diamétralement opposés, que lui offrait la thérapeutique.

Au point où l'art chirurgical en est arrivé aujourd'hui, relativement aux pansements des plaies, nous pensons qu'il est moins nécessaire d'innover que de savoir utiliser et combiner les moyens déjà connus. C'est là précisément ce que nous allons essayer de faire en entreprenant de faire ressortir les avantages et les beaux résultats obtenus par M. le Dr Bérenger-Féraud dans l'emploi du pansement des plaies à l'aide du biiodure de mercure.

Nous diviserons notre étude de la manière suivante :

1° Préambule ;

2° Etude rapide sur la valeur comparée des principaux agents antiseptiques employés dans la chirurgie d'armée et dans la chirurgie navale;

3° De l'emploi des sels mercuriaux;

A. Du sublimé corrosif. Observations.

B. Du biiodure de mercure.

a. Quelques mots d'historique.

b. Description du pansement.

c. Observations.

d. Valeur pratique de l'emploi du biiodure de mercure dans le pansement des plaies.

4° Conclusions.

Mais avant d'entreprendre cette étude, qu'il nous soit permis d'exprimer notre respectueuse gratitude à M. le Dr Bérenger-Féraud, directeur du service de santé de la marine à Toulon, pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et pour les renseignements et notes qu'il a bien voulu nous fournir pour nous faciliter notre travail.

Nous prions également M. le professeur Morache de vouloir bien accepter l'hommage de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

DU

PANSEMENT DES PLAIES A L'AIDE DES SOLUTIONS HYDRARGYRIQUES

et en particulier celles de bi-iodure de mercure

I

PRÉAMBULE

« Autrefois il n'y avait de chirurgical que les traumatismes, les affections superficielles ou facilement accessibles, et voilà qu'aujourd'hui tous les viscères rentrent dans le domaine de la chirurgie, ou peu s'en faut, car le chirurgien va les chercher dans la profondeur des cavités depuis que l'antisepsie a supprimé, pour ainsi dire, les limites de son action (1). »

En effet, depuis toutes ces belles expériences instituées et poursuivies avec tant d'ardeur par M. Pasteur, d'une part, et MM. Pouchet (de Rouen), Joly et Musset (de Toulouse) d'autre part, chaque étape, chaque pas en avant dans la connaissance de la véritable source d'un poison dont les effets sont parfois si funestes, a été marqué par un acte d'audace de la part des chirurgiens.

---

(1) M. le professeur Bouchard (de Paris). Thérapeutique des maladies infectieuses chroniques (*Semaine Médicale*, 1888, p. 117).

Mais aussi, que de procédés, souvent même extrêmement ingénieux, n'a-t-on pas imaginés, que de substances n'a-t-on pas proposées et expérimentées pour mettre à l'abri de tout contact les parties menacées ?

Notre but, ici, n'est pas de nous livrer à une étude générale de la thérapeutique des plaies, mais de faire connaître un mode particulier de pansement, satisfaisant, selon nous, aux principaux desiderata qui préoccupent aujourd'hui le plus grand nombre des chirurgiens et plus particulièrement ceux de la marine militaire.

Mais, d'un autre côté, il nous a paru impossible d'apprécier utilement un moyen nouveau, sans exposer les avantages qu'il présente, les services qu'il peut rendre, et aussi, sans le comparer aux procédés que, du moins dans l'esprit de celui qui le propose, il serait appelé à remplacer.

Nous n'avons pas la prétention de faire une étude de tous les antiseptiques préconisés jusqu'à nos jours ; nous étudierons seulement d'une manière rapide ceux qui ont eu le plus de faveur dans nos hôpitaux et qui y ont été employés avec le plus de succès, pour arriver à l'étude des ressources offertes par l'emploi presque exclusif, aujourd'hui, des solutions mercurielles, et plus particulièrement du biiodure de mercure, ainsi que des espérances que l'on peut fonder sur leur application raisonnée.

II

VALEUR COMPARÉE DES PRINCIPAUX AGENTS ANTISEPTIQUES AU POINT DE VUE DE LA CHIRURGIE D'ARMÉE ET DE LA CHIRURGIE NAVALE.

Si l'emploi de certains topiques, combiné avec telle disposition particulière de pansement, a permis de réaliser de réels progrès dans les chances de guérison, il ne faut pas oublier de dire que ces procédés eux-mêmes ont soulevé une question qui ne manque pas d'avoir son importance, tant au point de vue général qu'à celui particulier qui nous intéresse.

En effet, ces nouveaux procédés ont réclamé, pour la plupart, l'emploi de matières d'un prix élevé. Aussi, dans plus d'un cas, s'est-on trouvé en présence de cette question d'économie qui, toute secondaire qu'elle doive être, quand il s'agit de la santé et même de la vie des individus, serait de nature, dans certains cas et dans certains milieux, à restreindre l'application des nouvelles méthodes (1).

Par conséquent, dans les hôpitaux et les ambulances en général et dans le service hospitalier de la marine en particulier, il est utile de rechercher par quels moyens on pourra donner aux malades le bénéfice de pansements nouveaux sans grever le budget de dépenses plus grandes.

D'autre part, le médecin de la marine, à bord des navires sur lesquels il est appelé à rencontrer tout les jours des lésions plus ou moins étendues, n'a malheureusement parfois à sa

(1) L. H. Beau : *Du traitement des plaies en général* (Paris 1873).

disposition qu'un personnel, des matériaux et un temps le plus souvent insuffisants (1).

En effet, si nous considérons la tendance de plus en plus accentuée vers la réduction des dimensions des navires de guerre, l'espace de plus en plus restreint que ces dimensions et l'armement nouveau permettent d'attribuer aux infirmeries de bord en temps de paix et la situation difficile, en temps de guerre, des médecins relégués à fond de cale, nous sommes amené à apporter dans le choix des procédés de nouvelles considérations.

Parmi les antiseptiques aujourd'hui les plus employés, nous allons examiner la valeur relative de l'alcool, du camphre, de l'acide phénique, de l'acide borique et du coaltar saponiné; nous essaierons ensuite d'établir la supériorité du procédé dont nous avons pu apprécier les avantages et les heureux résultats.

Alcool. — L'alcool est non-seulement un coagulant et un astringent d'une grande énergie, mais encore un véritable parasiticide. Seulement il faut bien distinguer l'acool pur de l'alcool plus ou moins étendu, de l'eau-de-vie camphrée, par exemple, qui ne marque au plus que 56° à 60° et parfois même beaucoup moins.

Si l'alcool pur par son action coagulante oppose une barrière à l'absorption et détruit aussi très-sûrement tous les organismes inférieurs, l'alcool étendu semble leur ouvrir plus largement les voies de l'organisme (2).

En outre, l'alcool pur par son action irritante favorise dans une certaine mesure la cicatrisation des plaies et même des ulcères atoniques. Gosselin l'a employé avec succès dans l'ophthalmie purulente.

---

(1). J. Rochard. Service chirurgical de la flotte.

(2) L. H. Beau.

Mais ce sont là des qualités que le médecin de la marine doit mettre en balance avec des inconvénients que nous rapporterons à quatre ordres d'idées.

1° D'après les expériences de Miquel, la dose minima d'alcool capable de s'opposer à la putréfaction d'un litre de bouillon de bœuf neutralisé est de 95 grammes (1). Il en faut donc une quantité relativement importante pour faire une antisepsie efficace. Or la feuille d'armement des navires les mieux favorisés ne prévoit qu'une quantité minime d'alcool pur au compte de la pharmacie du bord, les quantités nécessaires pour la fabrication de l'alcool camphré étant fournies en tafia par la cambuse. Le médecin peut donc se trouver paralysé au moment critique soit par les difficultés de s'en procurer par la force des circonstances, soit pour toute autre cause indépendante de sa volonté.

2° L'alcool est, en outre, un produit éminemment inflammable et par conséquent dangereux à manier à bord. En effet l'éclairage n'est fourni, sauf sur les dernières constructions navales, que par des fanaux que les règlements défendent rigoureusement d'ouvrir (2).

Mais qui ignore que, soit pour examiner une plaie de plus près, soit pour se soustraire au transport d'un engin encombrant, les règlements dont nous venons de parler sont trop souvent enfreints par ceux-mêmes qui devraient être les premiers à les faire respecter et que non-seulement les fanaux sont parfois ouverts, mais que les bougies en sont même extraites ?

Or si l'on fait en outre entrer en compte les accidents imprévus, chutes, chocs, les mouvements du navire, on voit

---

(1) Berlioz : Thérapeutique (art. antiseptiques).

(2) Décret sur le service à bord des bâtiments de la flotte (30 mars 1885.)

que les causes involontaires d'incendie à bord sont encore trop fréquentes de nos jours, pour que chacun n'ait à cœur de les éloigner autant qu'il est en son pouvoir.

3° Un nouvel inconvénient de l'alcool à bord est celui inhérent au tempérament des individus avec lesquels le médecin de la Marine se trouve en contact : nous voulons parler du danger de mettre à la portée du marin un aliment à son défaut favori : l'ivrognerie. En effet, chaque jour on parle d'infirmiers ou de marins en traitement surpris coupables d'avoir bu l'alcool destiné aux pansements et c'est surtout à bord que ce fait se produit fréquemment, par la difficulté de la surveillance d'abord et surtout à cause de la composition de l'alcool camphré qui, nous l'avons dit, est préparé à l'aide du tafia ordinaire (1).

4° Enfin au point de vue de son application thérapeutique, l'alcool est d'un emploi très irritant et très douloureux. Ensuite il dessèche les plaies suppurantes, affaisse les bourgeons charnus et semble entraver la cicatrisation. En effet, les plaies sur lesquelles on continue pendant quelque temps le pansement à l'alcool prennent une teinte d'un rouge vif, suppurent à peine, se recouvrent d'une sorte de pellicule blanchâtre et restent ainsi indéfiniment stationnaires.

On se trouve alors mis en demeure de recourir à l'emploi des émollients pour calmer cette irritation et favoriser la marche vers la guérison.

A côté de l'alcool, nous pouvons dire un mot du camphre qui « est aujourd'hui bien déchu de la toute puissance que cer- » tains enthousiastes ont voulu lui faire, comme antidote uni- » versel, *intus et extra,* des organismes ferments » (2).

---

(1) Fonssagrives : *Hygiène navale.*

(2) Beau (L. H.) : *Archives de médecine navale*, XIX.

L'acide phénique entra surtout dans la thérapeutique chirurgicale avec le pansement de Lister. Ce mode de pansement, qui peut être appliqué dans les hôpitaux où, disons-le tout de suite, il n'a pas toujours donné les résultats qu'on était en droit d'en attendre, peut-être en vertu de ce principe de Lister lui-même qu'« une seule des mille précautions indiquées omise, tout peut être compromis », ce mode de pansement, disons-nous, est de moins en moins pratiquable à bord des bâtiments de guerre pour les raisons que nous avons déjà énumérées.

Nous ne pouvons, à ce propos, nous empêcher de rappeler l'appréciation sévère qui en a été faite il y a peu de temps encore à l'Académie de Bruxelles : « La méthode de Lister est » longue et ennuyeuse, le malade, l'opérateur et les aides sont » plongés dans une atmosphère qui dégage une odeur insup- » portable; cette méthode comprend une foule de détails minu- » tieux qui sont de luxe inutile ou d'exécution théâtrale; je ne » parle pas des accidents d'intoxication auxquels donne lieu » l'acide phénique; les résultats favorables que donne cette » méthode ne sont pas dus à la disparition des microbes, mais » bien à l'application des soins de propreté » (1).

En outre, comme le dit encore Lister lui-même : « Lorsque » l'acide carbolique est en contact direct avec les parties péri- » phériques de la plaie, on observe un retard dans la cicatri- » sation ».

« Il devient donc, en pareil cas, indispensable d'interposer » entre les parties qu'il faut défendre et la gaze antiseptique » une couche de substance imperméable; et l'activité de l'acide » phénique est telle qu'il est quelque peu difficile de trouver, » pour remplir cet office, un protecteur efficace » (2).

---

(1) *Semaine médicale*, 1887.

(2) Lister : *Chirurgie antiseptique.*

Dans ces conditions, cette même couche imperméable en supprimant l'action antiseptique sur la plaie, n'expose-t-elle pas le chirurgien à voir échouer tout son système, en apparence si bien combiné, de moyens préventifs? En effet, qu'un seul germe ait échappé, dans les anfractuosités des surfaces traumatiques, à l'action toxique de la lotion phéniquée et le résultat négatif sera la conséquence inévitable de cet oubli; on a cité aussi des cas où l'intoxication phéniquée n'a fait que masquer la septicémie, vraie cause de la mort du sujet (1).

Enfin pour terminer, disons que les cas mortels d'intoxication phéniquée indéniables sont dus parfois, comme l'a indiqué M. Brun, dans sa thèse d'agrégation, les uns au chirurgien qui a abusé de solutions trop concentrées ou de lavages trop abondants; d'autres tiennent à la nature même des plaies soumises à l'action de l'acide phénique, d'autres enfin à l'état de débilitation du sujet ou à son jeune âge (2).

A côté de l'acide phénique, nous ne citerons que pour mémoire le goudron et la créosote qui, du reste, n'ont d'action que par le phénol et les autres composés aromatiques qu'ils renferment.

L'*iodoforme*, dont les propriétés antiseptiques sont indiscutables, est peu employé dans la chirurgie navale à cause de son prix élevé. Son usage y est presque exclusivement réservé au traitement des lésions chroniques et vénériennes; c'est ainsi que nous avons pu observer, pendant notre passage au service médical du 4e régiment d'Infanterie de Marine, l'effet abortif presqu'immédiat de la pommade à l'iodoforme sur les orchites blennorrhagiques. De plus, toujours gênant à employer à cause de son odeur pénétrante, tenace et spécifique pour le

---

(1) L. H. Beau.

(2) Brun : Thèse d'agrégation de chirurgie et d'accouchements, Paris, 1886.

public, il est dangereux dans le cas de vastes plaies à cause de la facilité de son absorption (1).

L'*acide borique,* sur les antiseptiques précédents, possède une double qualité, celle d'être inodore et de ne pas être caustique, mais son pouvoir toxique peu élevé au point de vue des microorganismes et son prix de revient relativement assez haut l'ont fait réserver presqu'exclusivement à la thérapeutique locale des affections oculaires.

Le *coaltar saponiné* en émulsion obtenu à l'aide de la teinture de Saponine par Le Bœuf, de Bayonne, et vulgarisée dans la marine par les travaux et les expériences de M. Beau, est encore en vogue pour les grands lavages, car c'est un antiseptique puissant, nullement irritant et d'un prix relativement peu élevé (2).

Mais il possède une odeur forte; de plus, son emploi ne peut être effectué que par des mains déjà exercées, à cause de la lenteur du mélange de son émulsion avec l'eau et de la tendance qu'ont naturellement les jeunes élèves à en exagérer les doses. En outre, M. le professeur Beau prescrivait dans son pansement de saupoudrer les plaies avec de la poudre de charbon avant de les recouvrir de linges imbibés dans la liqueur coaltarée. C'était là une cause de souillure pour les effets, les draps et les pièces de linge qui se trouvaient à portée des poussières emportées par le vent ou les mouvements du malade et des personnes occupées au pansement.

---

(1) L'éther iodoformé très en vogue aujourd'hui donne d'excellents résultats en injections dans le traitement des abcès froids et des abcès par congestion.

(2) L. H. Beau.

III

DE L'EMPLOI DES SELS MERCURIAUX

A. *Sublimé corrosif.*

Tous ces inconvénients sont aujourd'hui supprimés par l'emploi presque absolu des solutions mercurielles dans le pansement des plaies de toutes nature et de toute gravité, dans les hôpitaux de la marine en général et du port de Toulon en particulier.

Ce n'est pas sans de nombreuses hésitations que le bichlorure de mercure, d'abord, a été accepté par les chirurgiens. Aujourd'hui même, où il est d'un emploi journalier dans les salles de chirurgie et dans la pratique obstétricale, cet antiseptique est encore l'objet de nombreuses critiques.

C'est ainsi qu'il a été dit à la Société de Biologie que les injections de sublimé, pratiquées dans les cavités séreuses et que le lavage des plaies avec cette substance en solution à 1/1000, étaient éminemment toxiques (1).

La conclusion pratique à tirer de ces recherches serait que le sublimé, qui est un excellent antiseptique, devrait être réservé pour la désinfection de la peau, des mains, des instruments et d'une façon générale de tous les objets de pansements, mais que pour le lavage des plaies et des grandes surfaces séreuses et muqueuses, il doit être absolument proscrit.

Les deux observations qui suivent suffisent à réfuter cette

---

(1) *Semaine médicale* (1885).

allégation qui exagère le danger de l'emploi du bichlorure de mercure quand son usage est fait d'une manière raisonnée et attentive.

OBSERVATION I

M. L..., 68 ans, capitaine d'infanterie de marine, en retraite.

M. L... était porteur, depuis 6 à 7 ans, d'une pointe de hernie inguinale directe à gauche. Dimanche, 5 février 1887, se trouvant indisposé, il fit des efforts assez violents pour vomir et ressentit soudain une très vive douleur au niveau même de la hernie dont le volume augmenta sensiblement.

Dès lors ce furent des douleurs extrêmement pénibles ne permettant aucun repos.

Le 6 février, M. L. entre à l'hôpital. Des manœuvres de réduction y sont tentées en vain. Le taxis ne produit aucun résultat appréciable. L'étranglement étant manifeste et les douleurs intolérables, le malade accepte l'opération qui lui est proposée.

Aussitôt, 4 heures du soir, il est chloroformisé, l'ouverture du sac herniaire est pratiquée. L'intestin se présente sous forme d'une petite boule de la grosseur d'une noix et d'une coloration d'un rouge vineux. Le débridement de l'anneau interne est opéré à l'aide d'un bistouri boutonné.

La réduction est faite et les parois du sac herniaire rapprochées restent à l'extérieur pincées entre les lèvres de la plaie qui est suturée.

On applique un pansement à l'aide de compresses trempées dans la solution au bichlorure de mercure à 2 millièmes. Ce pansement est renouvelé à 7 heures du soir pour rester en place toute la nuit.

Le 7 au matin, le pansement est renouvelé ; il est peu souillé. La nuit a été bonne : pas de douleur, un peu de cuisson seulement au niveau de la plaie, sensation d'endolorissement à l'hypogastre ; soulagement très sensible ; le malade a eu des vents cette nuit. Température 37,6.

8 février : Nuit bonne. Pas de douleur. Pansement peu souillé par le pus, mais un peu par l'urine, le malade étant atteint d'une légère incontinence.

9 février : Etat satisfaisant. Sommeil bon ; le malade éprouve du bien-être. Une selle hier soir. La plaie va bien. Température 37,4.

10 février : Un peu de gonflement dans la région du canal inguinal. Pas de douleur. Le mieux continue.

11 février : Douleur assez vive dans le testicule gauche. La plaie a bon aspect.

13 février : Etat moral excellent. La guérison est en bonne voie.

17 février : Le pédicule commence à s'atrophier. Les tissus laissés hors de l'abdomen se flétrissent.

24 février : La portion pédiculée a été enlevée le 19. La plaie diminue d'étendue. On remplace les compresses bichlorurées par un pansement simple à la vaseline.

3 mars : Le malade sort guéri le 24e jour après l'opération.

OBSERVATION II (1)

G..., Nicolas, matelot de 3e classe, Division.

Cet homme était occupé ce matin, 6 juin 1887, à 7 heures 1/2, à extraire des pierres d'une carrière située près de la Division, lorsque plusieurs blocs s'étant détachés, l'un d'eux, dont on évalue le poids à 30 kilogrammes environ, est venu le frapper à la partie supérieure de la jambe droite. Relevé, le blessé reçut un premier pansement à l'infirmerie de la Division d'où il fut dirigé sur l'hôpital principal.

A l'arrivée du malade à l'hôpital on constate : 1° à la partie inféro-interne de la cuisse, une plaie longitudinale, déchiquetée de 0.05 à 0.06 c. de long et arrivant sur l'aponévrose fascia lata. Gonflement énorme des deux tiers supérieurs de la cuisse droite.

2° A la réunion du tiers supérieur et du tiers moyen de la face antérieure du tibia, plaie contuse, ayant atteint l'os dénudé et communiquant peut-être avec une plaie transversale qui siège immédiatement au-dessous du plateau tibia.

3° A la région péronière et en haut, une vaste ecchymose noirâtre avec une petite plaie. Le gonflement de ce second segment du membre ne permet pas une exploration plus étendue.

---

(1) Service de la clinique chirurgicale, Salle 5.

L'hémorrhagie quoique atténuée persiste encore. On pousse une injection au bichlorure de mercure dans la plaie de la face antérieure du tibia : le liquide paraît soulever la peau au niveau de la fracture située plus haut.

Pansement de la plaie de la cuisse avec des bandelettes de diachylum et et étoupe aseptique.

La jambe est enveloppée de compresses imbibées de solution mercurielle, installée sur un appareil polydactyle et soumise à un jet d'irrigation continue. La prescription suivante est ordonnée ;

Bouillon, Thé punché, Potion avec { Teinture d'aconit. 1 gr. / Tafia..... 20 gr. / Infusion de tilleul 100 gr.

7 juin : On explore d'une manière complète l'état des plaies et des lésions sous le chloroforme. Dans ce but, on pratique sur la face antérieure du tibia une incision partant de la petite plaie, siège de l'hémorragie, et se dirigeant à 0^m05 environ plus haut jusqu'à une saillie qui est probablement le fragment supérieur d'une fracture. Au niveau du tissu cellulaire sous-cutané, on constate une attrition profonde des tissus ; dans le liquide hémorrhagique, qui est dû à la contusion des branches de la saphène interne dont on voit le tronc au fond de l'incision, surnagent des gouttelettes graisseuses provenant probablement de la moelle de l'os. On trouve une fracture oblique en bas et en dedans, dont le fragment supérieur chevauche sur l'inférieur.

Une seconde incision, d'environ 0^m 05 de long au niveau de la plaie de la région péronière, permet de constater une fracture transversale du péroné à ce niveau.

On réduit les fractures et on panse toutes les plaies à l'aide de la gaze iodoformée et de l'étoupe aseptique. La jambe est enveloppée de compresses longuettes imbibées de la solution de bichlorure de mercure et installée comme hier sur l'appareil à suspension.

8 juin : On arrose le pansement avec la solution de bichlorure de mercure à un demi millième et on établit l'irrigation continue avec la même liqueur.

9 juin : On change le pansement. Le gonflement paraît avoir un peu diminué. Les plaies présentent un bon aspect. On prescrit le régime à volonté.

11 juin : Le pansement est visité et les pièces en sont changées. Température moyenne jusqu'à ce jour : M. 37,8. S. 38,5.

15 juin : Le gonflement a bien diminué surtout au tiers inférieur de la jambe. La fracture n'est plus réduite, le fragment inférieur apparaît dénudé ; à ce niveau, écoulement de sang poisseux mêlé d'un peu de pus et produit par la pression sur les parties situées au-dessous. On fait des incisions : 1° au niveau de l'escharre de la région péronière ; 2° sur la loge tibiale antérieure au tiers supérieur et au tiers moyen.

Les muscles apparaissent noirâtres, friables, infiltrés de sang.

Réduction de la fracture. Pansement des plaies avec la gaze iodoformée et l'étoupe aseptique. La vis de Malgaigne fixant le fragment supérieur, le membre est installé sur l'appareil polydactyle de Jules Roux. Irrigation continue à la solution de sublimé.

26 juin : Les plaies ont bon aspect, mais présentent des solutions de continuité assez considérables.

27 juin : On visite le pansement. Suppuration assez abondante qui se fait jour au niveau des fragments du tibia par la pression sur le bord interne de cet os.

Une petite escharre s'étant produite à la partie postérieure du calcanéum du pied droit, on suspend le membre à l'aide de bandes de tarlatane collodionnées.

9 juillet : La solution mercurielle servant à l'irrigation continue de la jambe ramenée à 1/3000.

Bon aspect des plaies qui bourgeonnent activement. La température s'élève seulement à 37,6 le matin et à 38,4 le soir.

15 juillet : On supprime l'appareil à irrigation continue. Suppuration très abondante au niveau de la fracture ; l'os apparaît dénudé. La plaie de la cuisse est presque cicatrisée. Suppuration assez abondante au niveau de la plaie de position du talon.

La température est de 37° le matin, 38,2 le soir.

17 juillet : La température monte à 38° et le soir à 39,3.

18 juillet : La température paraissant plus élevée depuis qu'on fait un pansement sec, l'irrigation continue est rétablie avec la solution à 1/3000.

21 juillet : On visite le pansement. La pression exercée sur le tiers supé-

rieur de la loge tibiale antérieure donne issue à une quarantaine de grammes environ de pus phlegmoneux. Température 37,5; 37,8.

9 août : La plaie de la région interne continue à se fermer. Celle de la face externe commence à bourgeonner et suppure moins abondamment.

11 août : La plaie de position du talon commence à se cicatriser. On la panse au diachylum.

19 août : Ouverture, avec le thermo-cautère de Paquelin, pratiquée sur la partie inférieure de la face externe du tiers supérieur de la jambe : Extraction d'un sequestre d'environ 2 centimètres de long à la partie interne du tibia.

23 août : L'état satisfaisant des plaies étant assez avancé, on supprime l'irrigation continue et on établit un pansement sec avec la gaze iodoformée recouverte d'étoupe bichlorurée. L'irrigation continue a été suivie pendant 76 jours soit pendant 27 jours avec la solution à 1/2000 et pendant les 49 autres avec la solution à 1/3000. On n'a jamais eu à constater le moindre symptôme douteux d'intoxication, ni la moindre salivation anormale.

Là devrait s'arrêter la relation de notre observation, mais nous avons préféré, vu l'état dans lequel est entré le blessé à l'hôpital et les lésions qui sont survenues pendant son séjour, résumer en quelques mots les résultats de cette tentative de conservation d'un membre broyé d'une façon décourageante pour montrer une fois de plus la valeur de ce pansement dans certains cas.

Il ne subsiste plus aujourd'hui chez ce malade que des lésions consécutives au traumatisme des os et aux complications qui ont accompagné le traitement. La consolidation de la jambe existe : les mouvements de l'articulation du genou sont abolis par suite de l'atrophie et de la destruction des muscles de la jambe. La section du tendon d'Achille, pratiquée pour combattre l'équinisme produit par la rétraction de ce tendon, a ramené le pied dans la position normale, mais il existe un raccourcissement d'environ 5 centimètres de la jambe qui, dans l'état actuel du malade, ne lui permet pas encore d'appuyer le pied sur le sol.

Dans les deux observations qui précèdent, nous voyons le bichlorure de mercure en solution à la dose de 2/1000 employé

dans le pansement des plaies consécutives à une opération grave, d'une part, mettant à nu des surfaces absorbantes par excellence, celles de l'intestin. Pendant 18 jours consécutifs la même substance, si redoutée de certains chirurgiens, est appliquée sur ces lésions et l'on ne constate pas le moindre symptôme d'intoxication. De plus la température que nous n'avons signalée que de temps à autre, il est vrai, n'a jamais pris une marche ascendante capable d'attirer l'attention.

D'autre part, des lésions profondes, des tissus absolument mâchés, sillonnés de plaies contuses et d'incisions exploratrices, sont soumis pendant 76 jours à une irrigation continue, à un jet permanent de solution bichlorurée à 1/2000, à raison d'environ 10 litres par jour, si nous ajoutons l'arrosage fait matin et soir aux heures de visite, ce qui fait une moyenne de 5 à 6 grammes de sublimé. Voilà donc une plaie qui, au jour où les irrigations continues furent supprimées, avait été soumise au passage de 380 à 400 grammes d'une substance toxique au suprême degré et qui n'a jamais présenté le moindre symptôme même douteux : loin de là, le malade est aujourd'hui en possession d'un membre qui lui permettra de gagner encore son existence quoique, avouons-le, le mettant dans l'impossibilité de continuer son service militaire à cause des consolidations vicieuses provoquées par la multiplicité des lésions osseuses, mais cette dernière considération ne doit pas nous préoccuper au point de vue de notre étude.

Ainsi donc, l'expérience devait donner raison aux partisans des mercuriaux, non seulement pour le traitement des plaies superficielles, mais pour les lésions profondes et même pour l'antisepsie obstétricale. En effet, en 1881, M. Tarnier, contrairement aux idées de M. Kuemmel qui voulait que le chirurgien se servît de l'acide phénique de préférence au sublimé dans la toilette de ses mains, M. Tarnier, disons-nous, eut l'idée d'in-

troduire le sublimé en obstétrique (1), et depuis l'antisepsie se réalise mieux et à meilleur marché.

B. *Biiodure de mercure.*

Plus près de nous, en 1885, M. le docteur Vacher (d'Orléans) pratiquait, après chaque opération de cataracte, le lavage de la chambre antérieure avec une solution à 15 millièmes d'iodure double de mercure et de potassium, lavage préservatif des suppurations de la cornée, des iritis et des cataractes secondaires (2).

C'était déjà un acheminement vers la substitution au sublimé d'un antiseptique plus puissant encore, agissant à des doses infiniment plus faibles; c'était un pas vers l'emploi direct du biiodure de mercure dans le pansement des plaies, emploi que déjà en 1870, M. Delioux de Savignac avait tenté d'une manière détournée par l'usage du collodion mercuriel associé à la teinture d'iode dans le traitement des pustules varioliques (3).

Ce n'est guère qu'en 1882 que le biiodure de mercure entra dans la pratique chirurgicale d'une manière pratique et suivie sous le patronage de M. le Directeur du service de santé de la marine, Bérenger-Féraud, alors médecin en chef à l'hôpital de Cherbourg.

Depuis longtemps les plaies guérissaient mal à l'hôpital de Cherbourg, l'érysipèle envahissait à chaque instant les salles, et les grandes opérations étaient suivies d'infections purulentes dans des proportions vraiment décourageantes à tel point que les plus petits abcès, que les moindres débridements, même

(1) *Semaine médicale.* 1886, p. 436.

(2) *Semaine médicale*, 1887, p. 184.

(3) Delioux de Savignac (*Bulletin Thérap.* vol. LXXIX, année 1870).

ouverts ou pratiqués à l'aide du thermo-cautère de Paquelin, n'étaient pas à l'abri des chances d'accidents (1).

Ces résultats étaient absolument en désaccord avec les espérances que l'aspect de l'hôpital de Cherbourg peut faire naître à la première vue. En effet, vaste, situé à une certaine distance de tout centre d'agglomération, exposé librement à l'action bienfaisante de tous les vents régnants, avec de vastes galeries couvertes pour les temps de pluie, un jardin pouvant offrir dans les beaux jours une promenade capable de varier la monotonie de la vie des malades, cet établissement paraîtrait réaliser toutes les conditions de l'hygiène. Les salles, vastes aussi, communiquant avec de larges corridors, généreusement aérées par des ouvertures nombreuses, en un mot paraissant garanties contre la septicémie et offrir aux opérés des chances presque absolues d'une guérison rapide et assurée, semblent être à première vue un modèle d'aération et de bonne tenue.

Devant cet état de choses une réforme énergique était à faire dans le système des pansements.

Dans ces conditions nous voyons apparaître le biiodure de mercure qui va désormais faire la base des pansements, à Cherbourg, puis à Lorient et enfin à Toulon en 1886; et, depuis cette époque, la septicémie a disparu de ces hôpitaux d'une façon, on peut dire, absolue.

Description du pansement.

Avant de citer les observations que M. le docteur Bérenger-Féraud a bien voulu mettre à notre disposition, disons un mot sur la manière dont s'effectue le pansement et sur les éléments qui le constituent.

---

(1) M. Bérenger-Féraud. Note sur le pansement des plaies (Paris 1886).

Nous ne pouvons mieux faire que de citer l'auteur lui-même.

« Quand j'approchais d'un malade porteur d'une plaie, les » infirmiers prenaient toutes les précautions pour éviter la » souillure des objets de couchage à l'aide de draps d'alèze, de » plateaux à pansements, etc., etc. De mon côté, armé de deux » pinces à dissection que je sortais à ce moment même de la » solution de biiodure où elles séjournaient ordinairement pen- » dant la visite, je défaisais le pansement lorsqu'il était imbibé » de suppuration. De cette manière mes mains restaient propres » jusqu'au moment où la plaie était mise à découvert. »

« S'il était besoin d'humecter le pansement, de laver la plaie, » je me servais d'un morceau de compresse ou d'un peu de » coton dégraissé en guise d'éponge. Cette compresse, rem- » placée souvent dans le cours d'un même pansement, n'était » pas, comme l'éponge ordinaire, exposée à se charger de » matières septiques, et à les transporter au malade suivant, » puisqu'elle était jetée aussitôt.

» Une fois la plaie mise à nu, quelquefois cautérisée, en un » mot, disposée selon les indications qu'elle présentait, je pro- » cédais de la manière suivante : Je trempais dans la solution » de biiodure à 0,50 pour 1000 une compresse fine que j'étendais » doucement et avec soin, pour éviter les plis à sa surface. » Après avoir appliqué cette compresse, j'en plaçais une seconde » imbibée d'alcool, puis une troisième imbibée encore de solu- » tion de biiodure, enfin une quatrième trempée aussi dans » l'alcool.

» Une couche de ouate plus ou moins mince, suivant la » région, l'étendue, la profondeur de la plaie, était mise au- » dessus de la dernière compresse. Cette ouate était à son tour » recouverte par une mince feuille de gutta-percha laminée ou » de toile imperméable, enfin quelques tours de bande ou une

» écharpe terminaient le pansement en le maintenant en place » d'une manière solide (1). »

Cette méthode tend aujourd'hui à se généraliser ; en effet, d'après les expériences récentes faites, notamment par Miquel, sur les antiseptiques, la solution de biiodure de mercure à la dose de 0,50 centig. pour 1,000 est la plus efficace et à dose la plus minime qui ait été indiquée.

Nous lisons, en outre, dans le compte-rendu de la séance d'ouverture de l'Association pour l'avancement des sciences (2) que, d'après M. Rogée de St-Jean d'Angély, le biiodure de mercure n'irrite pas les plaies, que c'est un antiseptique beaucoup plus puissant que l'acide phénique, qu'il n'a pas d'odeur et que sa solution alcoolique à 1/300 est soluble en toutes proportions avec l'eau chaude (3).

Ce praticien, en ne se servant que de biiodure et d'un pansement ouaté maintenu par des bandes de tarlatane, a fait 108 opérations dont 32 grandes, avec une mort. La durée moyenne de la cicatrisation, abstraction faite d'un cas d'amputation de cuisse, chez une paludéenne, a été de 17 jours et de 10 jours pour les herniotomies.

Pendant les 18 mois que M. le Dr Bérenger-Féraud pratiqua ce même pansement à Cherbourg, il eut l'occasion de faire une vingtaine de grosses opérations qui ont guéri d'une manière très heureuse. Pour fixer les idées, nous nous permettrons

---

(1) Bérenger-Féraud.

(2) *Semaine médicale* 1888, p. 128.

(3) Notre solution se fait directement. Mais comme les 0,50 centigrammes de biiodure ne se dissolvent pas entièrement dans un litre d'eau, même distillée, il est nécessaire d'ajouter 3 grammes d'iodure de potassium par litre d'eau pour obtenir une solution complète du sel hydrargyrique (B. F.).

d'emprunter à la statistique les nombres suivants : sur 11 amputations réparties de la manière suivante :

Désarticulation de l'épaule	1
Amputation du bras.....	2
Amputation de l'avant-bras.....	2
Amputation de la cuisse.....	2
Amputation de la jambe.....	4
Total.....	11

Dix ont guéri dont une double amputation (les deux jambes, suites d'un écrasement par affût de canon).

Nous allons maintenant relater quelques observations que nous avons pu prendre à l'hôpital maritime de Toulon ou qui ont été mises à notre disposition par la bienveillance de notre maître.

OBSERVATION III (1).

Le B... (Emile), 23 ans, matelot de 3e classe, tambour passager à bord du *Kerguelen*.

Le 21 février 1883, à 11 h. 1/2 du matin, le *Kerguelen* étant en rade de Cherbourg, au moment de l'appareillage, ce matelot était occupé à hisser la drisse du grand foc, quand le cabestan vint à dévirer brusquement ; il fut atteint à la poitrine et jeté sous un bœuf qui le piétina. A l'infirmerie, le médecin-major constata une contusion de l'épaule gauche limitée à la région acromiale ; pas de luxation et liberté des mouvements, malgré les douleurs qu'ils occasionnaient. A partir de cette époque, il ressentait de temps en temps des douleurs dans l'épaule gauche, douleurs pour lesquelles il fut exempté, à diverses reprises, de manœuvres et de gymnase. Ces douleurs augmentèrent peu à peu d'intensité, s'accompagnant d'impotence fonctionnelle du membre.

(1) M. Bérenger-Féraud (Hôpital de Lorient, 1884). *Etude sur l'amputation du bras avec l'ablation totale de l'omoplate* (Paris 1886).

Au mois de juillet, il fit une chute pendant qu'il était dans son hamac ; l'araignée de celui-ci se cassa et il tomba encore sur l'épaule gauche. A partir de ce moment, les douleurs devinrent plus vives, le malade ne pouvait même se coucher qu'avec l'aide d'un de ses camarades. Dès lors, on constata de l'empâtement et de la tuméfaction de la région ; jusqu'au 6 septembre, on fait des applications de teinture d'iode. A cette époque, la tumeur devenant fluctuante, augmentant de volume, et les douleurs étant de plus en plus vives, on ponctionne et on recueille une certaine quantité de pus. Le lendemain, incision à l'aide du bistouri. Jusqu'au 17 septembre, l'abcès suppure toujours malgré les soins hygiéniques et les pansements antiseptiques appliqués dans la mesure des ressources du bord.

Le 26 octobre, nouvel abcès au-dessous du précédent, mais ne communiquant pas avec lui. Une ponction donne issue à une certaine quantité de pus et soulage le malade. A cette époque, où Le B... est envoyé à l'hôpital de La Guadeloupe en attendant son rapatriement, l'état de l'épaule est celui-ci : la région est déformée ; à la partie externe, on constate une dépression au-dessous de l'acromion ; par la pression, le doigt peut sentir la cavité articulaire ; la partie antérieure est bombée et on sent la tête de l'humérus à travers le grand pectoral. L'épaule est absolument immobilisée, tous les mouvements se passent dans l'omoplate, l'humérus est fixé par la contraction des muscles, qui sont, d'ailleurs, atrophiés. La douleur, vive dans l'épaule, a son maximum le long de la gouttière bicipitale ; elle augmente quand le malade ne soutient pas son bras avec la main saine ; elle est exagérée par la pression et par la percussion du coude. Il n'existe toujours que deux abcès communiquant l'un avec l'autre.

C'est seulement le 4 mai 1884 que cet homme arrive à l'hôpital de Lorient, où l'on retrouve presque les mêmes lésions, mais dans un état plus alarmant. Un stylet et un cathéter de Béniqué, introduits par les fistules des abcès, pénètrent très profondément dans diverses directions, sans donner nulle part la sensation bien nette du contact osseux.

Dans ces conditions, après avoir surveillé le malade jusqu'au 20 mai, l'affection paraissant si clairement inguérissable par les seuls effets de la nature, M. le Dr Bérenger-Féraud décida une intervention chirurgicale nécessaire.

Nous n'entrerons pas dans tous les détails de cette opération, nous dirons seulement que, procédant à la désarticulation de l'épaule et ayant alors constaté que l'épine de l'omoplate était absolument cariée, l'os mou comme une éponge grossière et imbibé d'un pus rougeâtre de mauvaise nature, ce praticien pensa qu'il fallait enlever la plus grande partie du scapulum, sinon tout l'os; c'est d'ailleurs cette dernière hypothèse qui fut réalisée, car l'omoplate étant détruite en maints endroits, c'est par morceaux qu'il fallut en débarrasser la région.

« L'opération avait été pratiquée dans une atmosphère phéniquée entre-
» tenue par deux pulvérisateurs de Lucas Championnière. Le pansement
» consista dans un linge fenêtré trempé dans une solution de biiodure de
» mercure (0,50 cent. pour un litre), puis légèrement vaseliné ; par dessus
» ce linge fenêtré, six larges compresses trempées soit dans l'alcool pur,
» soit dans la solution d'iodure mercurique alternant entre elles. Une couche
» de ouate, un bandage carré et quelques tours de bande complétèrent le
» pansement.

» Les suites de l'opération furent relativement simples. Ce grand trau-
» matisme ne fit monter la température qu'à 39 degrés. Dès le 24 mai, elle
» était de 37° le matin, 38 le soir ; le 1er juin, de 36° 6 le matin et 37° 8 le soir.

» Le quinzième jour après l'ablation du bras, le malade était levé et assis pendant deux heures près de son lit ; le vingtième, il sortait dans le jardin de l'hôpital pour la première fois ; et, depuis, il se leva régulièrement dès le matin. Trente jours après l'opération, la cicatrice était presque complète, mais quelques points fistuleux restaient dans le moignon, ayant de temps en temps de la tendance à s'enflammer.

OBSERVATION IV

B..., Jean, 2e maître de timonerie, 29 ans. Cet officier marinier se trouvait aujourd'hui, 3 août 1887, vers 3 heures de l'après-midi, placé sur le torpilleur no 68, conduit par les voies ferrées, de l'arsenal de Toulon à Cherbourg, lorsque, à hauteur de l'école de pyrotechnie un des fils télégraphiques qui coupent la voie en cet endroit vint le heurter à la tête avant qu'il eût pu se garer et le projeta sur le sol en avant du wagon.

La tête et le tronc qui se trouvaient entre les deux voies n'ont reçu aucune lésion. Quant aux deux jambes qui étaient sur les rails, la droite a été broyée par les roues du wagon, et la gauche fortement contusionnée.

Transporté à l'ambulance de la Division, le blessé, après un premier pansement, fut immédiatement dirigé sur l'hôpital principal où il est arrivé à 4 heures et demie.

L'examen des lésions permet alors d'en juger toute la gravité et l'étendue.

A gauche : 1° une plaie au tiers inférieur de la jambe, peu profonde.

2° Une plaie, à la réunion du tiers moyen et du tiers supérieur, intéressant l'aponévrose du jambier antérieur qui fait hernie à travers les lèvres de la plaie et montre ses fibres assez profondément dissociées. Le muscle est repoussé dans sa loge; application de points de suture; pansement à l'aide de la solution de biiodure de mercure.

A droite : Plaie pénétrante donnant issue à du sang noirâtre et parsemé de goutelettes graisseuses.

L'inspection seule permet de diagnostiquer une fracture des deux os de la jambe. La palpation, très douloureuse, révèle l'arrachement des deux malléoles et des fractures multiples des os du tarse. Il paraît probable que la plaie pénétrante, constatée sur le bord externe du pied droit au-dessous de la malléole, communique avec les divers sièges de fractures.

L'amputation de la jambe droite jugée nécessaire, est acceptée par le malade et pratiquée d'urgence, à 5 heures, au lieu d'élection, sous le chloroforme.

L'ablation du segment inférieur étant opérée, il est fait des sutures profondes au catgut avec capitonnage et des sutures superficielles au fil ciré. L'opération et l'application du pansement au biiodure de mercure ont duré une heure environ. La température monte à 38°.

4 août au soir : La journée a été assez calme. Le malade souffre beaucoup de la jambe amputée. Stupeur. Il ne répond qu'après un certain temps aux questions qu'on lui fait. La température est : le matin, à 6 h. 1/2, 37,9 ; à 8 h., 37,8. Le soir, à 3 h. 1/2, 38,4 ; à 7 h., 38,6.

Le 6 août, les pansements sont renouvelés, pas de pus.

Les plaies ont un bon aspect. Température : matin, 38,5 ; soir, 39.

Le 9 août, on refait le pansement de la jambe gauche ; la température vespérale n'atteint que 38,6.

Le 10 août, on renouvelle les pansements des deux jambes. L'aspect des plaies est satisfaisant. La suppuration est établie dans les deux membres. Température 38°.

12 août : Le pansement de la jambe gauche est souillé et les liquides se sont répandus à l'extérieur ; on le renouvelle. Suppuration très abondante à droite, on renouvelle également le pansement du moignon. On détache le capitonnage des sutures profondes. La température est de 37° le matin et 38,6 le soir.

13 août : On remarque des décollements très étendus sur la face interne et sur la face externe de la jambe gauche. On pratique sur cette dernière face une contr'ouverture et on place un drain.

Température : Matin, 37° 6 ; soir, 38° 2.

La suppuration est abondante ; les deux pansements sont renouvelés.

16 août : Le drain placé le 13 est enlevé. Température du soir : 38°.

18 août : Suppuration moins abondante et gonflement moins considérable à la jambe gauche. Température : le matin 37° 4 ; le soir 38° 1. Le moignon est en bonne voie. Bourgeons charnus vivaces. On cautérise de place en place quelques bourgeons exubérants au nitrate d'argent.

20 août : Deux selles diarrhéiques. Salivation. Accidents de stomatite probablement occasionnés par le pansement au biiodure de mercure. On prescrit un gargarisme avec 4 grammes de chlorate de potasse. Température : le matin 37° 5 ; le soir 37° 9.

22 août : Nuit bonne ; formation d'une poche dans l'intérieur du moignon. La pression douloureuse provoque l'issue d'une certaine quantité de pus contenue dans ce diverticulum. Salivation moins abondante.

23 août : La cicatrisation marche rapidement à la jambe gauche. La plaie inféro-interne est presque complètement réunie. Bourgeons charnus vivaces à la plaie supéro-externe. En présence de la persistance des accidents de stomatite, on remplace le pansement au biiodure de mercure par les pansements suivants : à gauche, solution d'acide borique et alcool camphré ; à droite, solution d'acide borique et teinture d'iode.

24 août : La suppuration est abolie à gauche ; à droite, pus crémeux d'odeur fétide, bourgeons charnus pâles. Température vespérale, 37° 5.

30 août : Continuation des pansements boriqués. Disparition d'un décolle-

ment qu'on remarquait en dedans et en haut de la plaie supéro-externe de la jambe gauche. La suppuration est presque complètement abolie de ce côté. La plaie inférieure est cicatrisée.

La surface vive du moignon diminue de jour en jour. Le diverticulum contenant du pus paraît avoir disparu. Suppuration beaucoup moins abondante. Etat général satisfaisant. Douleurs moins vives. Le malade peut se promener dans la journée sur un fauteuil roulant.

8 septembre : Cicatrisation rapide de la plaie de la jambe gauche. Le moignon de la jambe droite va également très-bien.

Les accidents mercuriaux du côté de la bouche ont complètement disparu.

14 septembre : Le malade se plaint d'avoir ressenti de violents élancements dans le membre amputé. On rétablit le pansement au biiodure de mercure.

27 septembre : La plaie est presque complètement cicatrisée.

29 septembre : Douleurs lombaires.

22 janvier 1888: Persistance depuis quelques jours d'une poussée d'ostéite à la partie inférieure du tibia du membre amputé. On perçoit, à l'aide de la sonde cannelée à ce niveau, la sensation d'un séquestre mobile, mais qui ne paraît pas entièrement détaché. Continuation du pansement mercuriel.

22 mars : La plaie résultant de l'amputation de la jambe droite étant cicatrisée, l'amputé est mis exeat pourvu d'un appareil prothétique.

OBSERVATION V (1)

M. M... F..., aspirant de 1re classe de la marine, 20 ans.

Blessure par arme à feu. Cet officier voulant décharger son revolver a reçu une balle dans la jambe gauche, aujourd'hui 15 avril 1887, vers 11 heures du matin.

A son arrivée à l'hôpital, on parvient à déterminer la position du projectile dans la masse des muscles de la région postérieure du mollet.

On pratique l'anesthésie à l'aide d'une injection hypodermique de chlorhydrate de cocaïne et on fait une incision complètement indolore au

(1) Service des officiers (M. Bérenger-Féraud).

bistouri à l'endroit indiqué. Cette incision conduit directement sur la balle que l'on extrait facilement avec le doigt.

On réunit les lèvres de la plaie ainsi pratiquée par six points de suture au catgut et on panse la plaie d'entrée et la contr'ouverture avec des compresses trempées dans la solution boriquée.

22 avril : La plaie d'entrée est en bonne voie de guérison. Mais la plaie de la contr'ouverture pratiquée avec le bistouri est très enflammée et ne permet pas encore au malade de se lever. Pas de suppuration. On applique le pansement avec biiodure d'hydrargyre.

27 avril : On dépanse le blessé, la plaie d'entrée est complètement cicatrisée. La contr'ouverture tend à se fermer assez rapidement.

30 avril : La cicatrisation s'opère bien.

Le blessé est mis exeat, le 6 mai, étant guéri.

Cet officier à son entrée était en outre atteint d'une phlébite incomplètement guérie, antérieure à l'accident.

OBSERVATION VI (2)

D... Benoît, sergent, 4e régiment d'Infanterie de marine.

Ce sous-officier, à la suite d'une chute faite à la Guyane en sautant des pistes a été atteint d'une arthrite pour laquelle il n'a suivi aucun traitement jusqu'au jour où, rentré en France et ne pouvant plus faire son service, il se présente à la visite et est envoyé à l'hôpital Saint-Mandrier, en septembre 1885.

Après un séjour de quatorze mois dans cet établissement, où tous les traitements médicaux et chirurgicaux ont été tentés pour améliorer son état, le malade est dirigé sur la salle de clinique chirurgicale de l'hôpital principal où, après un examen approfondi, on reconnaît la nécessité urgente de l'amputation du membre.

Le 5 décembre 1886, le malade se décide à accepter cette opération. L'amputation de la cuisse, au lieu d'élection, est pratiquée le 11 du même mois (amputation à deux lambeaux). Ligatures au catgut; sutures profondes au nombre de 4 ou 5 et sutures superficielles plus nombreuses.

---

(2) Service de M. le Dr Bérenger-Féraud (salle 3, Toulon).

Pansement au biiodure de mercure.

15 décembre : Le moignon est très douloureux ; on n'enlève ni drains, ni sutures. Le pansement renferme beaucoup de pus. On lave et on refait un pansement au biiodure.

31 décembre : Les pressions exercées à la partie postérieure du moignon, le long de la ligne âpre font écouler une certaine quantité de pus.

4 janvier 1887 : Chute de la ligature de la fémorale superficielle.

5 janvier : Chute de la dernière ligature.

9 janvier : Le malade souffre beaucoup moins. La pression exercée sur le moignon ne fait plus évacuer qu'une quantité insignifiante de pus.

Le moignon a notablement diminué de volume.

8 février : La cicatrisation du moignon est complètement terminée.

16 avril : Le malade est maintenant parfaitement guéri. Plus de sensibilité exagérée au niveau du moignon soit à l'état normal, soit à la pression. Les nuits sont bonnes, le malade ressent encore quelques douleurs sourdes dans la jambe dont l'ablation a été opérée.

Il est mis exeat, le 30 juin 1887, étant complètement guéri.

OBSERVATION VII (1)

T... Alexandre, 2e maître vétéran, 42 ans. Plaie par écrasement et arrachement de la phalangette de l'auriculaire de la main gauche (16 septembre 1887).

Le pansement provisoire appliqué à l'ambulance par le médecin de garde étant enlevé, on aperçoit l'os de la phalangette complètement dénudé, une section irrégulière des tissus qui paraissent mâchés au niveau de l'articulation de la phalangine avec la phalangette.

Les tendons latéraux seuls maintiennent encore ce dernier os, on les sectionne avec des ciseaux et l'ablation de l'os est ainsi opérée. Une artériole donnant un peu à la suite de cette opération, on fait un lavage à l'eau de Pagliari et on place un pansement au biiodure et à l'alcool camphré.

20 septembre : On arrose le pansement avec la solution biiodurée. Pas de douleurs.

---

(1) Service de M. Bérenger-Féraud (salle 3, Toulon).

24 septembre : Le pansement en place depuis quatre jours est enlevé aujourd'hui. Suppuration peu abondante. La plaie a bon aspect. On réprime les bourgeons charnus avec le nitrate d'argent.

27 septembre : Le pansement est renouvelé. Bon état de la plaie. Pas de douleurs.

30 septembre : La plaie va bien. Bourgeons charnus vivaces.

13 octobre : Il ne reste que quelques points non cicatrisés.

16 octobre : Le malade est mis exeat sur sa demande, sa plaie étant entièrement cicatrisée et ne demandant plus que quelques soins de propreté et un léger repos.

OBSERVATION VIII (1)

M. H.., Aristide, lieutenant au 4e régiment d'infanterie de marine, 30 ans.

Le 12 mai 1887, vers une heure de l'après-midi, cet officier allait, à cheval, reconnaître le terrain d'une marche-manœuvre que le régiment devait effectuer le lendemain. L'animal s'étant subitement emballé, vint à glisser dans une courbe au passage d'un ruisseau et désarçonna, l'étrivière gauche ayant cassé sous la secousse, son cavalier qui tomba à droite et fut traîné pendant une vingtaine de mètres, puis se trouva engagé sous le cheval qui venait de s'abattre à la suite d'une nouvelle glissade sur le pavé humide.

L'inspection du blessé sur le lieu de l'accident permit de constater des ecchymoses à la région palpébrale droite, une luxation de l'épaule et une plaie peu grave en apparence au genou droit. Cependant cette plaie située à la région sus-condylienne et unie à une gêne excessivement douloureuse des mouvements du genou, qui s'était subitement gonflé d'une façon notable, fit croire au premier abord, dans un examen sommaire, à une fracture sus-condylienne du fémur.

A l'arrivée à l'hôpital, après avoir réduit la luxation de l'épaule par les procédés d'extension et de contre extension, le procédé de douceur n'ayant pu donner aucun résultat satisfaisant, M. le docteur Bérenger-Féraud examine la lésion du genou et constata alors qu'il n'y a pas de fracture.

(1) Service des officiers. M. Bérenger-Féraud, Toulon.

Par contre il existe une plaie de 3 centimètres environ intéressant la région supéro-interne de l'articulation du genou et admettant dans son intérieur presque toute la phalangette de l'auriculaire; la séreuse articulaire est intéressée à ce niveau et l'exploration avec le doigt ramène, en même temps qu'un petit caillou rugueux gros comme un pois, une certaine quantité d'un liquide filant, absolument semblable au liquide synovial.

On lave avec précaution la plaie et toute la région environnante et on applique le pansement suivant : compresses trempées dans la solution de biiodure de mercure, alternant avec des compresses alcoolisées, puis une épaisse couche de ouate et une toile imperméable, le tout maintenu par des longuettes, et le membre est placé dans une gouttière.

Le malade une fois pansé se sent notablement soulagé.

15 mai : Pas de douleur, on examine le pansement mais sans le défaire.

23 mai : Le pansement en place depuis onze jours sans avoir été dérangé, est enlevé pour l'examen de la plaie du genou. Il est souillé assez profondément.

La plaie ayant les dimensions d'une pièce de 5 francs offre une assez grande surface de suppuration et présente des bourgeons charnus, vivaces. D'ailleurs pas de gonflement des parties avoisinant le siège de la lésion. Le genou est parfaitement libre, du moins en tant qu'il n'offre à l'observation ni douleur, ni chaleur, ni gonflement. A eu dans la journée un accès de fièvre dû probablement à un paludisme consécutif à un long séjour au Gabon et réveillé par le traumatisme.

30 mai : La plaie du genou, dépansée aujourd'hui, offre un bel aspect. Bourgeons charnus vivaces. La jambe est tenue hors de la gouttière le jour.

4 juin : On visite la plaie : bon aspect. Cicatrisation des parties profondes. M. H... s'est levé cette après-midi, 23e jour après l'accident, et est resté hors de son lit pendant deux heures sans éprouver aucune fatigue. Les mouvements de la jambe et de la cuisse n'occasionnent aucune douleur.

9 juin : Le pansement biioduré est renouvelé. La production de bourgeons charnus est très active; on les réprime avec le crayon de nitrate d'argent. Le malade reste levé une bonne partie de la journée.

11 juin : Amélioration constante. Le blessé a pu descendre dans la cour de l'hôpital en s'appuyant seulement sur une canne.

16 juin : Est resté levé toute la journée. La marche devient de plus en plus facile.

26 juin : La plaie dépansée laisse constater une cicatrisation des plus actives et des plus rapides.

9 juillet : La cicatrisation est presque complète cet officier commence à passer une partie de la journée à vaquer à ses occupations privées en ville.

10 juillet : M. H.... mis exeat pour jouir d'un congé de convalescence de trois mois.

Cet officier est reparti pour le Tonkin par le transport du 20 novembre dernier, soit six mois après sa chute.

Valeur pratique du biiodure de mercure dans le pansement des plaies.

On nous reprochera peut-être d'avoir rapporté les observations qui précèdent d'une façon un peu trop complète, mais nous répondrons que notre intention, en agissant ainsi, était de bien montrer l'étendue des lésions, l'importance des organes atteints et mis en rapport avec l'air ambiant; nous avons voulu en un mot faire ressortir dans toute leur importance les avantages que présente le mode de pansemeut que nous nous sommes donné la mission de défendre, tout en en faisant connaître le danger minime.

Ce danger qui a été si redouté autrefois, l'intoxication mercurielle, danger qui a fait reculer devant son application pendant de longues années des chirurgiens renommés, est aujourd'hui presque négligé. Il suffit en effet de surveiller le malade pendant l'application du pansement mercuriel, de le suspendre au moindre symptôme douteux de salivation ou de stomatite, pendant quelque jours, pour se mettre à l'abri d'une accusation fondée trop souvent sur le scepticisme ou l'exagération.

D'autre part, les avantages présentés par l'emploi du biiodure dans le pansement des plaies sont trop réels et trop manifestes pour négliger un mode de thérapeutique chirurgicale appelé à rendre les plus grands services.

En effet, d'après ce que nous avons vu, on peut rapporter ces avantages à quatre ordres d'idées.

1° Par rapport à l'hygiène générale;

2° Par rapport au malade;

3° Par rapport au chirurgien;

4° Par rapport à un point de vue plus spécial, celui de la chirurgie d'armée et de la chirurgie navale.

1° *Hygiène générale.* — Nous avons vu que, d'après les dernières découvertes de Miquel, le biiodure de mercure est placé au premier rang des antiputrides et des désinfectants; en outre, nous avons vu dans les salles, à côté de malades atteints de suppurations interminables, placer d'une manière transitoire des individus atteints d'érysipèle sans que les plaies des malades voisins aient eu le moins du monde à souffrir de la proximité de pareils milieux. En outre cet agent ne possédant au titre où on l'emploie aucune couleur et aucune odeur, ne peut pas souiller les linges qui couvrent le malade non plus que les objets de literie, draps, couvertures, etc., en même temps qu'il n'émane aucune odeur gênante pour le malade lui-même ou pour ceux qui l'approchent.

2° *Relativement au malade.* Le malade en retire des bénéfices de plusieurs ordres.

Les propriétés antiseptiques et désinfectantes de ce sel, mettent le malade, d'une manière presque complète, à l'abri de l'intoxication putride.

La majorité des blessés ou opérés dans le cas où, bien entendu, ils ont été pansés immédiatement par ce procedé, échappent entièrement même à la fièvre traumatique primitive et c'est bien certainement par l'action antiputride du biiodure de mercure qu'il convient, dans ce cas, d'expliquer cet avortement de toute réaction pyrétique initiale (1).

---

(1) Sédillot. De l'influence des découvertes de Pasteur sur les progrès de la chirurgie.

Un autre point de vue est la brièveté relative du traitement par rapport aux autres modes de pansement employés jusqu'à nos jours.

Enfin le pansement à l'alcool, le pansement de Lister surtout, sont coûteux et par conséquent difficiles à appliquer dans la clientèle pauvre. Nous pouvons donc répéter ici ce que nous avons dit plus haut: l'antisepsie, par le biiodure de mercure, se réalise plus vite et à meilleur marché.

3° *Relativement au chirurgien.* — Ce mode de pansement, par sa simplicité, nécessite l'intervention d'un nombre d'aides moins considérable. D'autre part, une seule de nos observations relate l'usage du nuage phéniqué par l'appareil de Lucas Championnière. Toutes les autres opérations ont été pratiquées à l'air libre et n'ont pas donné des résultats moins satisfaisants. Nous nous trouvons loin, ici, de tout cet appareil long et coûteux du pansement de Lister qui, même dans nos hôpitaux, est mis avec discrétion et presque arrière pensée, si nous osons ainsi parler, entre les mains des jeunes étudiants et qui ne figure encore que dans le matériel chirurgical des transports spéciaux de la ligne de l'Indo-Chine.

La chirurgie possède en outre un mode de pansement en rapport avec l'état actuel de la science et les nouvelles découvertes touchant la nature, la production et la transmission des germes pathogènes qu'il ne s'agit plus seulement d'empêcher d'arriver au contact de la plaie, mais surtout d'empêcher de s'y multiplier, en modifiant la nature de leur élément de culture et de pénétration dans l'organisme, le pus (1).

4° *Relativement à la chirurgie d'armée et à la chirurgie navale.* — Les faibles quantités nécessaires à la préparation de la solution employée le rendent facilement transportable; et, à

---

(1) Layet. Cours d'hygiène professé à la Faculté de Médecine de Bordeaux (1887-1888).

une époque où l'on cherche par tous les moyens possibles à alléger d'une manière pratique le matériel des ambulances de première et de seconde ligne, nous croyons que le mode de pansement dont nous parlons est appelé à rendre les plus grands services tant aux médecins militaires sur le champ de bataille qu'à leurs collègues de la marine à bord des bâtiments de guerre.

Une objection à laquelle nous nous empressons de répondre est celle relative à l'emploi des compresses alcoolisées qui augmentent sans doute et le prix de revient et la difficulté du transport. Mais au besoin on pourrait n'employer qu'une compresse imbibée d'alcool pour trois imbibées de solution hydrargyrique, ou encore utiliser la solution alcoolique au 1[300 de M. Rogée (de Saint-Jean-d'Angély) dont nous avons déjà parlé (1) et qui est miscible en toute proportion dans l'eau. Or, en guerre, il est rare que le médecin ne s'établisse pas à proximité d'une source, d'un puits ou d'une habitation où il pourra se procurer l'eau nécessaire pour ses besoins ; d'ailleurs la voiture médicale possède un baril à cet usage et les bidons des infirmiers et des brancardiers peuvent venir ajouter leur contingent en cas de disette absolue de ce liquide.

A bord des bâtiments de guerre, l'eau est fournie à discrétion par des moyens assez puissants de distillation et de distribution pour que l'on n'ait pas à s'en inquiéter.

Inconvénients. — Le seul inconvénient que l'on puisse reprocher au pansement par le biiodure d'hydrargyre, nous l'avons déjà dit, c'est le danger de l'intoxication mercurielle, danger qui pour être devenu excessivement rare n'en existe pas moins. Ces accidents en effet, parfois légers et se réduisant à une salivation spécifique, sont quelquefois graves et tout autres ; et quoi-

(1) *Semaine médicale* (voir plus haut).

qu'on ait signalé des stomatites ulcéreuses et même gangréneuses, ce sont en général des symptômes abdominaux qui dominent : diarrhée, coliques, selles sanguinolentes, vomissement, ballonnement du ventre, albuminurie et même anurie.

Ces derniers, quoique accidentels, doivent mettre le praticien en garde contre l'abus de ces antiseptiques, dans certaines circonstances, et c'est surtout de la connaissance exacte de de l'état physiologique ou pathologique du malade que le chirurgien devra tirer des indications utiles (1).

M. Brun, dont nous avons déjà cité le travail sur les accidents imputables aux antiseptiques, insiste sur les lésions viscérales et rappelle que le rein est la voie d'élimination des substances médicamenteuses et que, suivant l'expression de M. le professeur Bouchard, « les maladies des reins rendent toxiques les médicaments actifs, administrés même à faible dose (2). »

Il suffira donc de veiller, comme nous l'avons déjà dit, sur l'état du malade et en particulier sur le bon fonctionnement de son appareil rénal pour n'obtenir que des résultats satisfaisants et neutraliser le danger de l'intoxication mercurielle (3).

Une question qui est encore à l'étude est celle des névrites périphériques consécutives à l'emploi des antiseptiques, névrites dont l'origine n'a pas encore été clairement démontrée jusqu'ici.

Cependant, il résulte d'une communication de M. Pitres, à la Société de biologie (4) (séance du 9 avril 1887) que, d'après de nombreuses expériences, « les nerfs périphériques peuvent » devenir facilement le siège de lésions irritatives par leur sim-

---

(1-2) Brun : Thèse de Paris, 1886.

(3) Gastinel : Thèse de Lyon, 1888.

(4) *Semaine médicale*, 1887, p. 146.

» ple contact avec des substances, du reste, inoffensives pour » les autres tissus. »

En injectant dans le tissu cellulaire profond, au voisinage d'un gros tronc nerveux, des substances, divisées en solution faible dans l'eau, telles que chloroforme, glycérine, iodure de potassium, etc., M. Pitres a obtenu des névrites d'intensité variable, caractérisées tantôt par une paralysie de la sensibilité et de la motilité, tantôt par une simple abolition de la sensibilité dans les régions innervées par la distribution du tronc irrité.

D'après M. Brown Séquard, il faudrait faire entrer en ligne, comme causes occasionnelles de ces névrites, les modifications dans la constitution chimique des portions malades de l'organisme, l'attraction exercée sur le sang par les lésions des tissus, la suspension momentanée des rapports habituels existant entre le sang et les tissus.

Pour M. le professeur Bouchard (de Bordeaux), la substance, mise en présence des terminaisons périphériques nerveuses dans les plaies, agirait par absorption en desséchant cette portion de la fibre nerveuse, en diminuant par suite son pouvoir de transmission : il se produirait dès lors une sorte de gangrène sèche de la portion terminale du nerf, conséquence de son défaut de nutrition.

Quelle que soit l'opinion à laquelle on s'arrête, on voit qu'en l'état actuel de la question les auteurs sont presque tous d'accord pour attribuer ces accidents à un défaut de nutrition de la portion périphérique du nerf lésé.

Il est vrai de dire que, si, dans quelques cas rares, ces névrites périphériques ont donné lieu à des névrites ascendantes, le plus souvent les symptômes s'amendent et disparaissent même avec la marche vers la guérison des portions lésées.

Quoi qu'il en soit, il est à remarquer que le biiodure de mer-

cure provoque moins souvent ou du moins d'une manière moins intense que les autres antiseptiques, ces irritations nerveuses périphériques, soit à cause de son peu de solubilité, soit à cause de l'état de dilution étendue sous lequel on peut l'employer grâce à sa grande puissance antiseptique.

IV

CONCLUSIONS

Pour nous résumer, nous dirons que depuis que les progrès de la science ont montré la « supériorité d'une méthode préser- » vant de toute disposition infectieuse et même de la fièvre, » qui en paraît une des manifestations (1), » chaque chirurgien s'est efforcé de surmonter les difficultés qui pouvaient se présenter à lui dans la pratique de ce principe.

Une des principales difficultés à surmonter est celle-ci : trouver un pansement qui soit à la fois un antiseptique sûr et un émollient, un anti-infectieux et un anti-inflammatoire.

Or, nous avons vu, par l'étude rapide que nous avons faite des antiseptiques employés jusqu'à ces derniers temps, que ces substances sont presque toutes irritantes; ainsi l'alcool pur est d'une application douloureuse, il resserre les tissus et retarde la guérison des plaies par la production d'une pellicule formée par la coagulation de l'exudat albumineux.

Étendu, sous forme d'eau-de-vie, ce n'est plus qu'un excitant des surfaces traumatiques, mais nullement un antiseptique.

L'acide phénique constitue à l'état de pureté un produit caustique; à l'état de dissolution, il conserve encore des propriétés fort irritantes, à moins que les dissolutions ne soient portées à un degré très élevé, auquel cas on sacrifie le pouvoir antiseptique.

---

(1) Sédillot : Mémoire sur les fractures des membres par armes de guerre (*Archives générales de Médecine*, 1871).

Les sels de mercure, au coutraire, pouvant être employés en solutions très étendues semblent remplir le but que l'on se propose. En effet, on ne rencontre autour des plaies traitées par ce mode de pansement aucune trace de phlyctènes comme dans l'emploi de l'alcool ou d'érythème ainsi qu'il s'en produit à la suite d'une application suivie d'acide phénique, même à faible dose.

De plus, ce pansement n'étant renouvelé que le plus rarement possible, la plaie se trouve à l'abri des irritations extérieures en même temps qu'elle est entretenue dans un état de propreté constante et d'humidité permanente par des arrosages fréquents sinon par l'irrigation continue, tant que les fonctions de nutrition et d'élimination du sujet le permettent.

Dans les cas où le changement du pansement s'impose, la puissance antiseptique du procédé, dispensant le chirurgien de s'entourer des minutieuses précautions, supprimant la nécessité de cette atmosphère suffocante d'acide phénique par les appareils à pulvérisations, précautions nécessaires dans l'application sévère du pansement de Lister, permet au praticien d'agir vite et sûrement.

Enfin un point de vue auquel le médecin de la marine doit aussi songer, le prix de revient du mode de pansement, entre en cause.

Il est hors de doute que les divers modes de pansement employés sous le nom générique de méthode de Lister sont infiniment plus onéreux pour l'Etat ou le patient s'il s'agit de la clientèle civile, que l'emploi des mercuriaux. En effet, si l'on compare les prix respectifs du bichlorure et du biiodure de mercure, à savoir : 0,65 centimes les 100 grammes pour le premier et 3 francs pour le second, et les faibles quantités nécessaires pour pratiquer l'antisepsie; et, d'autre part, si l'on songe au prix élevé du protective, du makintosh, de la gaze

phéniquée, etc., on n'hésite pas à reconnaître cette supériorité.

En somme donc, disons, pour terminer, que le mode de pansement dont nous venons de parler a, d'une part, une valeur antiseptique pouvant soutenir la comparaison avec les diverses méthodes préconisées jusqu'ici; il est, d'autre part, d'un prix de revient infiniment moindre qu'elles; il est facile à appliquer, peu compliqué et permet de faire rapidement les pansements. Toutes ces conditions, jointes à la facilité de sa préparation extemporanée et, partant, de son transport, sont de nature à le recommander d'une manière toute spéciale aux médecins de l'armée et de la marine pour la pratique chirurgicale sur les champs de bataille, dans les hôpitaux et sur les navires de l'Etat.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu, bon a imprimer :
Bordeaux, le 20 juin 1888.
Le Président de la thèse,
J. MORACHE.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 21 juin 1888.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

12,592. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.